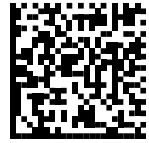




**North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance**



Date : XX/XX/XXXX

Identifiant du Demandeur :

Nom
Adresse
Adresse 2
Ville, État, Code postal

VEUILLEZ LIRE

**Avis de résiliation des prestations prolongées
(EB)**

Le XXXXXXXXXX XX, XXXX le Département américain du Travail a informé la Division de la sécurité de l'emploi que la Caroline du Nord ne remplit plus les conditions de participation au Programme de prestations prolongées. La dernière semaine payante de prestations prolongées est la fin de la semaine du XXXXXXXXXX XX, XXXX.

Si vous n'épuisez pas votre EB à la fin de la semaine du XXXXXXXXXX XX, XXXX, vous ne recevrez pas le droit EB restant.

Si vous avez des questions concernant cette question, visitez notre site Web à www.des.nc.gov ou appelez-nous au 1-888-737-0259.

**Aidez-nous à prévenir la Fraude
d'Interface Utilisateur !**

Signalez toutes activités suspectes

d'Interface Utilisateur sur le site

des.nc.gov

Post Office Box 25903 Raleigh, North Carolina 27611-5903